

SU DERECHO A APELAR ESTA ACCIÓN

Si usted está insatisfecho(a) con la acción descrita en la notificación adjunta, usted puede solicitar una audiencia estatal, ante un(a) Juez de Derecho Administrativo, del Departamento de Servicios Sociales de California. Esta audiencia se llevará a cabo de manera informal, para asegurar que todos los presentes puedan hablar libremente. Si usted decide solicitar una audiencia, tiene que hacerlo, **EN UN PLAZO DE 90 DÍAS, A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO DE LA NOTIFICACIÓN.**

Una audiencia estatal y ayuda pagada pendiente descrita a continuación no estarán disponibles, si la única acción a la que usted tiene una objeción es un cambio automático en su elegibilidad, que exige tanto la ley estatal, como la federal. La Sección 50951, del CCR, Título 22 requiere esta negación de una audiencia estatal.

Ayuda Pagada Pendiente

Si usted ahora recibe Medi-Cal, y pide una audiencia estatal, **ANTES DE LA FECHA VIGENTE DE LA ACCIÓN**, su Medi-Cal continuará, sin ningún cambio, hasta que se efectúe la audiencia.

Regulaciones Estatales Disponibles

Las regulaciones estatales, incluyendo aquéllas que cubren las audiencias estatales, están disponibles en su oficina local de asistencia pública del condado.

Representante Autorizado(a)

Usted puede representarse a sí mismo(a), en la audiencia estatal. Además, a usted puede representarle un(a) amigo(a), abogado(a) o cualquier otra persona a quien usted nombre más adelante. Se espera que usted mismo(a) haga los arreglos, para el/la representante. Usted puede obtener ayuda para encontrar asistencia legal gratis, llamando al número gratuito 1-800-952-5253, de la Unidad de Preguntas y Respuestas del Público.

Notificación de la Ley sobre las Prácticas de la Información (Sección 1798 y las que siguen, del Código Civil de California)

La información, que se le pide a usted que anote enseguida, se necesita para tramitar su solicitud de una audiencia. El trámite

podría demorarse, si la información está incompleta. El/la Juez de Derecho Administrativo, que presida, establecerá un expediente del caso. Usted tiene derecho a examinar los materiales que se registran para la decisión, y usted puede encontrar este registro, comunicándose a la Unidad de Preguntas y Respuestas del Público (el número de teléfono se muestra más adelante). Cualquier información que usted proporcione podría compartirse con el departamento de asistencia pública del condado, y con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos (Autoridad: Sección 14100.2, del Código de Asistencia Pública e Instituciones).

Cómo Solicitar una Audiencia Estatal

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando y enviando esta notificación, en su totalidad, a:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-97
Sacramento, CA 94244-2430

Además, usted puede solicitar una audiencia, llamando al número de teléfono gratuito de la Unidad de Preguntas y Respuestas del Público.

Unidad de Preguntas y Respuestas del Público (Información Pública)

Número de Teléfono Gratuito: 1-800-952-5253
Únicamente para los sordos (TDD): 1-800-952-8349

La Unidad de Preguntas y Respuestas del Público puede proveerle más información sobre sus derechos a una audiencia. Además, hay ayuda a la disposición en algunos idiomas, aparte del inglés, incluyendo el español.

Usted puede escribir a:

Public Inquiry and Response Unit
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 20-23
Sacramento, CA 94244-2430

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA ESTATAL

Nombre (escriba con letra de molde)	Número de Seguro Social	Número de teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Zona postal

Estoy solicitando una audiencia estatal, a causa de una acción que tomó el Estado de California, relacionada con Medi-Cal.

Razón(es) de mi solicitud: _____

Hablo un idioma que no es inglés, y necesito un(a) intérprete. [A usted se le proporcionará un(a) intérprete, sin costo alguno.]

Idioma	Dialecto
--------	----------

Autorizo a la siguiente persona y/u organización, para que actúe en mi nombre, para los fines de esta apelación:

Nombre	Número de teléfono		
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Zona postal

Su Firma	Fecha
-----------------	--------------